

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С. Ю. Захарова

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества,
г. Екатеринбург

Инфекционная патология плода и новорожденного остается одной из ведущих проблем неонатологии и педиатрии, поскольку в последние годы не отмечается снижения частоты инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) среди новорожденных. Напротив, в неонатальном периоде все чаще диагностируются так называемые вторичные воспалительные процессы, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы-бактерии, вирусы, грибы и т. д., поскольку плод и новорожденный обладают повышенной чувствительностью к ним в связи с «физиологическим» иммунодефицитом и отсутствием защитной молочной кислоты флоры в момент инфицирования [1]. Важным аспектом развития ИВЗ у новорожденных в современных условиях является внутриутробное инфицирование, течение которого во многом определяется состоянием здоровья родителей [3]. Ухудшение экологической обстановки в России, снижение социального статуса большинства населения приводит к накоплению факторов, отрицательно влияющих на состояние иммунитета у беременных женщин, что, несомненно, отражается на качестве здоровья их новорожденных детей [2]. В этом аспекте большое значение имеет детальное изучение анамнестических особенностей новорожденных, предрасполагающих к развитию ИВЗ.

Мы проанализировали анамнестические данные 160 новорожденных с ИВЗ по следующим периодам: прогенеза, характеризующего состояние здоровья родителей до наступления настоящей беременности у матери. Обращалось внимание на наследственную отягощенность в семье, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек. Период антенатальный, свидетельствующий об особенностях акушерского анамнеза и течения данной беременности. Период интранатальный, определяющий характер течения родов у матерей.

Нам не удалось выявить каких-либо аномалий конституции и наследственных заболеваний у родителей наблюдаемых больных.

Профессиональные вредности имело небольшое число женщин (7,5%). Вредных привычек (курения, употребления алкоголя, наркотиков) у наблюдаемых матерей не обнаружено.

До наступления настоящей беременности у опрашиваемых женщин (30,6%) регистрировались различные гинекологические заболевания, в том числе хроническая внутриматочная инфекция (4,4%), хронический аднексит (7,5%), эрозия шейки матки (14,4%) и фибромиома матки (4,4%). Довольно часто (22,5%) обнаруживались урогенитальные инфекции в супружеской паре (микоплазмоз, хламидиоз, герпес-инфекция).

Анализируя состояние здоровья матерей наблюдаемых детей, мы установили, что оно было неудовлетворительным. Почти у всех женщин (93,1%) выявлялись различные заболевания, и только небольшая часть из них (6,9%) считали себя здоровыми. Характер хронической патологии у матерей наших больных представлен в таблице.

Таблица 1

**Состояние здоровья матерей наблюдаемых новорожденных
(по данным опроса)**

Класс болезней по МКБ-10	Количество матерей n=160*	
	абс.	%
Здорова	11	6,9
Класс XI. Болезни органов пищеварения (гастрит, гастроудоденит, холецистит, колит, панкреатит)	95	59,4
Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (пиелонефрит, цистит)	51	31,9
Класс X. Болезни органов дыхания (синусит, хронический тонзиллит, частые ОРВИ, хронический бронхит, бронхиальная астма)	63	39,4
Класс IX. Болезни системы кровообращения (ревматизм, гипертоническая болезнь, кардиопатия, вегето-сосудистая дистония)	45	28,1
Класс IV. Болезни эндокринной системы (ожирение, патология щитовидной железы, сахарный диабет)	11	6,9

Класс болезней по МКБ-10	Количество матерей n=160*	
	абс.	%
Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (нейродермит, ихтиоз)	3	1,9
Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (полиартрит)	1	0,6
Класс I. Инфекционные и паразитарные болезни (хронический токсоплазмоз, хроническая герпетическая инфекция)	43	26,9
Класс III. Болезни крови и кроветворных органов (анемия).	65	40,6

* — общее число приводимых заболеваний не соответствует 100% из-за наличия нескольких нозологических форм у одного и того же больного.

Из приведенных данных видно, что у многих опрошенных женщин выявлялись хронические заболевания органов пищеварения, далее — хронические заболевания органов дыхания, почек и мочевыводящих путей, патология сердечно-сосудистой системы. Нередко имели место множественные очаги хронической инфекции (49,7%). С такой же частотой (50,3%) диагностировался единственный очаг хронической инфекции. К числу крайне неблагоприятных показателей состояния здоровья мы отнесли довольно часто выявляемую хроническую герпетическую инфекцию и анемию.

Аналогичным образом было проанализировано состояние здоровья отцов наблюдаемых пациентов. Как оказалось, значительная часть отцов (41,9%), по их мнению, были здоровыми. В каждом третьем наблюдении (35,0%) мать не могла ничего сказать о состоянии здоровья отца ребенка. В остальных наблюдениях у отцов наблюдаемых новорожденных, так же как и у их матерей, выявлялись хронические заболевания различной локализации, но их распространенность не выявляла истинной картины из-за слабой информированности женщин о состоянии здоровья отца. Большинство отцов курили, употребление алкоголя, по мнению опрошенных матерей, было умеренным.

Таким образом, в периоде прогенеза у наблюдаемых нами новорожденных с ИВЗ отмечалась отягощенность общесоматическо-

го анамнеза не только со стороны матери, но и отца. Последнее позволило заключить, что большинство детей были рождены от больных родителей.

В антенатальном периоде анализировались следующие факторы: особенности акушерского анамнеза, исходы предыдущих беременностей, количество аборт, выкидышей, мертворождений, гибель детей в перинатальном периоде, особенности течения настоящей беременности, заболеваемость матерей во время беременности.

Из числа матерей наблюдаемых новорожденных с ИВЗ первую беременность имели лишь часть женщин (38,8%). Остальные матери имели повторную беременность: вторую (25%), третью (15,6%), четвертую (8,8%), пятую (6,9%), 6 и более (5%). При этом первородящие женщины составляли большинство (73,7%).

Еще более неблагоприятным представлялся антенатальный период по ряду акушерских показателей: у многих женщин (43,7%) настоящей беременности предшествовали аборты от 1 до 4 и более, довольно часто (29,4%) отмечались самопроизвольные выкидыши, редко — мертворождения (1,9%), перинатальные потери в виде гибели детей в раннем неонатальном периоде (5%). Во всех наблюдениях причиной смерти являлись инфекционно-воспалительные заболевания.

Неблагоприятным был не только период, предшествующий настоящей беременности, но и сама беременность. Оказалось, что большая часть женщин (58,7%) во время беременности переносили респираторные заболевания, причем они отмечались в ранние сроки гестации (15,6%), в третьем триместре и перед родами (27,6%), неоднократно и в ранние, и в поздние сроки гестации (15,6%).

У многих женщин (58,7%) был обнаружен бактериальный вагиноз, заболевание, потенциально опасное по внутриутробному инфицированию плода.

Наряду с наличием очагов хронической инфекции у 26,2% матерей во время беременности отмечено их обострение и в ранние, и в поздние сроки гестации.

К числу неблагоприятных факторов в течение беременности мы отнесли гестозы. В наших наблюдениях подавляющее большинство женщин (71,2%) имели ранний или поздний гестоз, либо гестоз был диагностирован и в ранние, и в поздние сроки беременности, что, несомненно, оказывало отрицательное воздействие на формирование иммунокомпетентной системы плода и в сочетании с экстрагенитальной патологией увеличивало риск инфицирования.

Довольно часто в наших наблюдениях (36,9%) имела место угроза прерывания беременности и хроническая фетоплацентарная недостаточность (25,0%), нередко связанные с внутриматочной инфекцией, острыми инфекционными заболеваниями или обострением очагов хронической инфекции.

Таким образом, и антенатальный период у многих новорожденных с ИВЗ был крайнеотягощен.

Течение интранатального периода было проанализировано по следующим факторам: характер течения родов, длительность безводного периода и характер околоплодных вод. Оказалось, что продолжительность родов была нормальной у 49,4% матерей, но были и быстрые (26,3%), и затянувшиеся (15%) роды. Редко (9,4%) имело место оперативное родоразрешение. Безводный период до 6 час. наблюдался лишь у трети матерей (29,4%), продолжительностью 6—12 час. — у 38,7%, от 12 до 24 час. — у 23,1%, более одних суток — у 8,7% женщин.

Нами проанализированы также такие признаки, как маловодие и многоводие, которые также могут служить косвенным признаком инфицирования плода. В наших наблюдениях эти признаки регистрировались в небольшом количестве наблюдений: многоводие — у 18,9% женщин, маловодие — у 3,7% матерей. В единичных случаях (5,6%) зарегистрирован хориоамнионит в родах.

Для установления значимости приведенных факторов в возникновении ИВЗ у новорожденных мы провели их факториальный анализ. Установлено, что наиболее значимыми факторами оказались: наличие хронической инфекции у матери, гестозы, предшествующие первым родам прерывания беременности, острые респираторные вирусные инфекции в период беременности, наличие бактериального вагиноза у матери, длительный безводный промежуток.

По нашему мнению, имели значение не только виды патологического воздействия на плод, но и их длительность по времени. При анализе этого показателя установлено, что у подавляющего большинства новорожденных с ИВЗ (90,8%) обнаружено неблагополучие в периоде прогенеза, ante- и интранатальном периодах, что могло обуславливать высокую частоту инфицирования. Лишь в небольшом количестве наблюдений (9,2%) ребенок развивался внутриутробно в относительно благоприятных условиях.

Таким образом, обобщая данные прогенеза, ante- и интранатального периодов развития наблюдаемых новорожденных, мы за-

ключили, что они во многих случаях были неблагоприятными и предрасполагали к возникновению инфекционно-воспалительных заболеваний начиная с первых дней жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуртовой Б. Л., Анкирская А. С., Ванько А. В., Бубнова И. Н. Акуш. и гин. — 1994. № 4. — С. 2—26.
2. Гуртовой Б. Л., Анкирская А. С. Инфекции плода, новорожденного и околоплодной среды: Тез. докл. науч.-практ. конф. 27—28 ноября 1997. — Красноярск, 1997. — С. 35—36.
3. Ковчур П. И., Самородинова Л. А. Там же. — С. 46—48.

УДК 616.988:612.017+575.191:616.233/.24—002—085.33:618—091.618.36

ПРОГНОЗ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

С. Н. Козлова, Г. А. Спирина, О. Б. Плеханов, С. С. Аверьянова, Е. В. Бредихина, Н. Н. Мухина, И. Я. Смородинская

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Серьезную проблему для зарубежных и национальных служб здравоохранения составляет рост заболеваний, передающихся половым путем. По данным ВОЗ, прогнозировалось ежегодное выявление 250 млн. новых случаев заболеваний, но реальные темпы опережают прогноз рабочей группы. Неуклонно возрастает частота уrogenитального хламидиоза в Российской Федерации. Недооценка роли уrogenитальных инфекций в семье, внутриутробных инфекций и TORCH-синдрома, представленного широким спектром инфекций с вертикальным механизмом передачи от матери плоду, в который включены вирусы герпеса (HSV 1, 2 типа), цитомегаловирусная инфекция (CMV), краснуха, вирус папилломы человека, парвовирусы, гриппа, энтеровирусы, аденовирусы, а также комплекс уrogenитальных инфекций (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз и их ассоциации), серьезно отразились на качественных показателях здоровья женщин и их потомства.

Аналитическая оценка качественных показателей здоровья детей г. Екатеринбурга с 1991 по 1996 гг. позволяет констатировать увеличение частоты патологии органов дыхания в 4 раза, синдрома дыхательных расстройств в 2,5 раза, частоты асфиксий